

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 Juillet 1896, à 9 heures

PAR

M. AYMÉ

Né à Chatenois (Vosges), le 25 mai 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HYPERTROPHIE
DE
L'AMYGDALE LINGUALE

Président : M. STRAUSS, professeur

Jury { *professeur : M. MARIE.*
agrégés : MM. ACHARD et BONNAIRE.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVÉ

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 23 Juillet 1896, à 9 heures

PAR

M. AYMÉ

Né à Chatenois (Vosges), le 25 mai 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HYPERTROPHIE
DE
L'AMYGDALE LINGUALE

Président : M. STRAUS, professeur.

Jury { professeur : M. MARIE.
agrégés : MM. ACHARD et BONNAIRE.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER
	{ PINARD.

Professeur honoraire : M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENÉTRIER.	THOINOT.
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON.	TUFFIER.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	VARNIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	WALTHER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques	WEISS.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETERER.	WIDAL.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	
DELBET.	MARFAN.	SÉBILLEAU.	

Le secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR STRAUS.

Nous remercions M. le Professeur Straus de
l'honneur qu'il nous fait en voulant bien
accepter la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Le cercle ou anneau lymphatique situé au niveau de la gorge et constituant les amygdales pharyngées, tubaires, palatines et linguale est susceptible de s'enflammer d'une manière aiguë ou chronique, la plupart du temps en certains points. L'inflammation la plus fréquente et celles des amygdales palatines. Elle est trop connue pour que nous y insistions. Dans notre étude nous nous occuperons surtout de l'inflammation de l'amygdale linguale et nous aurons surtout en vue son hypertrophie.

La question est de date relativement récente; mais peu de travaux ont encore traité le sujet. Nous citerons les noms de Lennox-Browne, qui fit une communication au Congrès international de la laryngologie, à Milan, en septembre 1880, et une au *Journal of the Americ. med., assoc.*, 29 octobre 1887.

Heymann, dans le *Berl. Klin. Woch.*, 1881; et Curtis, dans le *New-York med. journ.*, 1884, présentèrent les premières observations.

Plus tard, Swain et Rice, en 1886, publièrent quel-

ques faits relatifs à l'hypertrophie de l'amygdale linguale.

Les travaux les plus importants sont ceux de Gleitsmann (*The med. Record.*, 1887) et de Ruault (*Archives de laryngologie*, 1887-1888).

Citons, pour terminer, la thèse de Balme, et l'observation intéressante de Villecourt, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1894, et nous aurons passé en revue ce qui a été fait d'intéressant sur la question qui nous occupe.

Avant d'aborder notre sujet, nous exposerons rapidement quelques données anatomiques sur la région dont nous étudierons plus tard la pathologie.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES SUR L'AMYGDALE LINGUALE

Waldeyer a décrit, au niveau de la gorge, un véritable anneau lymphatique constitué : en haut, par l'amygdale pharyngée; latéralement, par l'amas de follicules clos qui avoisine la trompe d'Eustache ou tonsille tubaire, et par les amygdales palatines; en bas par les grandes folliculaires de la base de la langue.

C'est l'ensemble des follicules lymphatiques infiltrant la muqueuse du quart postérieur du dos de la langue, qui constitue l'amygdale linguale. Ils s'étendent d'avant en arrière, depuis les papilles caliciformes jusqu'à l'épiglotte; et transversalement d'une amygdale palatine à l'autre.

On peut aisément examiner l'amygdale linguale sur le vivant, à l'aide du miroir laryngoscopique placé au fond de la gorge, lorsque le sujet, tenant la bouche largement ouverte, projette le plus possible sa langue au dehors. On voit, dans la région que nous avons indiquée, un grand nombre de petites saillies mamelonnées, du volume d'une lentille, tantôt isolées, tantôt réunies par groupes, empiétant souvent les unes sur les autres,

et donnant à la région un aspect irrégulier et tomenteux. Cet aspect est plus ou moins net suivant les sujets.

On n'observe pas ces follicules chez tous les mammifères, mais ils sont constants chez quelques-uns d'entre eux, le cheval, le porc et le bœuf. Ils peuvent même atteindre chez le porc, un développement extraordinaire (Schmidt).

Chez les solipèdes, MM. Chauveau et Arloing décrivent ainsi l'amygdale linguale : « A l'entrée de ce détroit (isthme du gosier), la muqueuse linguale est mamelonnée, et chaque mamelon est percé d'un orifice. Cette disposition est liée à l'existence, en ce point de la langue, de follicules clos. Ces follicules plus ou moins volumineux sont très rapprochés les uns des autres et séparés des muscles par une couche continue de glandes en grappe. Ils sont constitués par une coque de tissu conjonctif condensé et par une masse de tissu adénoïde qui présente à son centre une cavité communiquant avec l'orifice situé au-dessus du follicule, et tapissée par l'épithélium lingual moins sa couche cornée. »

Frey donne de l'amygdale linguale, dans son traité d'histologie, la description suivante : « On observe, dans la muqueuse, des cavités infundibuliformes plus ou moins profondes, qui peuvent atteindre 3 mm. 5 d'étendue et plus; les parois sont formées par le tissu de la muqueuse, de sorte qu'on y trouve non seulement l'épithélium pavimenteux, mais encore les papilles.

Toute la cavité est entourée d'une épaisse couche de tissu conjonctif réticulé qui loge d'innombrables cellules lymphatiques et qui s'étend jusqu'au revêtement épithélial. On rencontre souvent dans cette couche de petits follicules lymphatiques de 0 mm. 28 à 0 mm. 56 de diamètre; ils se distinguent par leur charpente lâche à larges mailles. Tantôt ils sont nettement circonscrits, tantôt leurs limites sont moins distinctes... Il est des cavités de la muqueuse linguale où l'on n'observe pas de follicules. La cavité infundibuliforme est généralement enveloppée par une capsule compacte de tissu conjonctif; on ne retrouve point cette dernière quand la cavité est mal accusée. On rencontre beaucoup de glandes en grappe à côté et au-dessous des follicules linguaux. Les conduits excréteurs débouchent dans le voisinage immédiat de l'orifice de la cavité ou dans la cavité elle-même. Chez quelques mammifères, par exemple chez le lapin, le mouton, le chien, ces follicules manquent complètement; chez d'autres, ils offrent à peu près la même texture que chez l'homme, entr'autres chez le cheval, le cochon, le bœuf... Les vaisseaux lymphatiques et sanguins de ces organes sont analogues à ceux des amygdales. »

La circulation artérielle de l'amygdale linguale est assurée par des rameaux fournis par l'artère dorsale de la langue. Ses veines vont aux veines dorsales linguales et de là à la veine jugulaire interne après avoir formé, en avant de l'épiglotte, un plexus qui devient vari-

queux dans certains cas, et que l'on voit fort bien par l'examen avec le miroir laryngien.

Les lymphatiques, d'après Sappey, vont se jeter dans deux ganglions situés au devant de la veine jugulaire interne, sur les côtés du cartilage cricoïde.

Les nerfs proviennent des rameaux linguaux du glosso-pharyngien et des branches antérieures du laryngé supérieur.

La physiologie et le développement de l'amygdale linguale n'offrent rien de particulier; il y a, à ce point de vue, analogie complète avec les amygdales palatines ou ordinaires.

ÉTIOLOGIE

Les circonstances qui paraissent agir sur le développement de l'inflammation du tissu adénoïde de la base de la langue sont peu connues.

On a dit que l'hypertrophie de l'amygdale linguale s'observait surtout à l'âge moyen. Il est certain qu'on la rencontre davantage entre 20 et 40 ans, cependant Ruault l'a trouvée chez une enfant de 7 ans et dans d'autres cas, entre 7 et 13 ans.

On a prétendu que les femmes seraient plus souvent atteintes. Il serait peut-être plus juste de dire, avec Schoëde et Mac Bride, que les femmes accusent surtout des symptômes fonctionnels et qu'en raison de leur irritabilité plus grande, l'hypertrophie de l'amygdale linguale détermine chez elles des troubles morbides. En cherchant bien, en effet, on trouve cette hypertrophie aussi souvent chez l'homme que chez la femme.

D'autres causes ont été invoquées : la fumée de tabac serait un agent étiologique important, tant par la température élevée qu'elle entretient que par les produits âcres et irritants qu'elle contient ; l'action des aliments

épicés, l'abus des boissons alcooliques, des liqueurs fortes, l'abus de la parole, etc.

Swain incrimine surtout l'action du froid. En outre, il a observé que certains tempéraments offraient une prédisposition toute particulière, par exemple, les anémiques et les névropathes.

Ruault croit que presque toujours l'affection est d'origine nasale : « La coïncidence, dit-il, de l'imperméabilité nasale, notée dans un certain nombre de cas, me donne à penser que le fait de respirer la bouche ouverte n'est pas indifférent à la production de la maladie. »

Balme a observé à la Clinique laryngologique des sourds-muets, que la grande majorité des malades étaient en même temps atteints de rhinite hypertrophique. « La plupart aussi, dit-il, présentent diverses névroses réflexes d'origine nasale. » Aussi M. Ruault pense-t-il que l'inflammation chronique de l'amygdale linguale a deux ordres de causes nasales : 1° des poussées congestives réflexes de la région ; 2° l'irritation de cette région congestionnée par l'air sec, froid et impur qui y passe lorsque le malade est réduit par l'imperméabilité nasale à respirer la bouche ouverte.

SYMPTOMATOLOGIE

L'amygdalite préépiglottique peut être aiguë ou chronique. La forme chronique paraît être la plus commune et elle semble être le plus souvent chronique d'emblée. Les divers troubles s'installent peu à peu, progressivement et obligent bientôt le malade à consulter le médecin qui, très souvent, méconnaît l'affection ou ne constate que de la pharyngite. Certains symptômes cependant sont caractéristiques de la maladie et doivent faire songer à son existence,

SYMPTOMES FONCTIONNELS

Gleitsmann a bien montré que ces symptômes sont dus à deux causes :

« 1^o Les uns sont dus à la gêne mécanique causée par la tuméfaction de la région ou bien à l'irritation des organes voisins provoquée par sa présence ou par propagation ; c'est une irritation mécanique provoquée par les glandes hypertrophiées sur l'épiglotte qui est pour ainsi dire continuellement titillée par l'amygdale linguale démesurément grossie. L'intensité des symptômes ne paraît pas en rapport avec le volume des follicules hypertrophiés ; elle est due surtout à l'impressionnabilité des malades. »

« 2^o Les autres sont vraisemblablement d'ordre réflexe et comparables à ceux qui peuvent être causés par des lésions du nez, du pharynx nasal ou buccal, ou des amygdales palatines. »

Ces symptômes sont multiples. Le plus fréquent, celui qui ne manque presque jamais, pour ainsi dire, est une sensation de corps étranger, de compression à la gorge qu'éprouve le malade. La sensation est extrê-

mement variable; tantôt c'est un cheveu, un fil qui amène des picotements et provoque la toux; d'autres fois ce sera un corps étranger, une sorte de grosseur, de boule. Les malades, dit Gleitsmann, cherchent à se débarrasser de cette gêne par la déglutition; ils éprouvent continuellement le besoin d'avaler à vide (1). La déglutition elle-même n'est pas gênée, elle semble au contraire apporter un soulagement temporaire. Ces symptômes diminuent d'ordinaire au moment des repas, pour reparaitre bientôt, et présentent généralement des paroxysmes, soit le matin, soit dans la soirée. Ils sont évidemment causés par la pression qu'exerce sur la face antérieure de l'épiglotte l'amygdale linguale hypertrophiée.

La douleur varie notablement suivant que les lésions occupent les parties médiane ou latérales. Dans le premier cas, en effet, les glandules hypertrophiées flottent sur la face linguale de l'épiglotte, provoquent surtout la sensation de corps étranger; tandis que dans le second, le frottement produit par les parties tuméfiées contre la paroi pharyngienne enflammée réveille, au moment de la déglutition et de la déglutition à vide principalement, des sensations douloureuses avec répercussion du côté des oreilles.

Certains malades accusent une véritable sensation

(1) Ruault rapporte ce symptôme uniquement à l'irritation des terminaisons du nerf glosso-pharyngien.

d'étranglement, principalement les sujets nerveux; longtemps on les a pris pour des hystériques ou des hypochondriaques. Beaucoup de cas de boule hystérique, d'après Swain, pourraient trouver leur explication dans cette sensation localisée que donne l'hypertrophie de l'amygdale linguale.

La gêne de la parole et du chant est très souvent constatée. Curtis a le premier signalé, chez des artistes, des troubles de la voix chantée. Chez quelques-uns, comme le fait remarquer Gleitsmann, on n'observe qu'une sensibilité insolite à la fatigue. Les malades ne peuvent chanter que très peu de temps, sous peine d'éprouver bientôt une fatigue insurmontable.

Chez d'autres, la voix devient inégale, bonne un jour, mauvaise le lendemain. Elle peut manquer tout d'un coup, pendant le chant. Certains chanteurs se plaignent que leur voix a perdu sa pureté; d'autres, sa justesse. La plupart du temps, l'examen laryngoscopique fait constater un peu de catarrhe laryngé, mais tous ces symptômes peuvent se montrer chez des malades qui offrent à peine des traces de laryngite. Quelquefois on trouve de plus de légères parésies musculaires. Beverley-Robinson signale une paralysie unilatérale d'une corde vocale. Il paraît infiniment peu probable que cette affection ait eu pour cause l'hypertrophie de l'amygdale linguale coexistante.

Il existe également des troubles de la voix parlée. La voix peut devenir plus ou moins couverte. Les malades

ne peuvent parler longtemps sans fatigue. D'autres, sans être enroués, éprouvent de la douleur en parlant.

Des douleurs irradiées vers divers points du corps ont été signalées ; on en a observé de chaque côté de la gorge, jusque vers les oreilles, dans le cou, entre les omoplates, dans le larynx, la trachée et même dans l'estomac. Lennox Browne a rapporté des accidents dyspeptiques parmi les symptômes de la maladie. Peut-être la grande quantité de salive qu'avalent certains malades pendant leurs continuels efforts de déglutition à vide est-elle une des causes déterminantes de ces troubles gastriques.

La toux est un symptôme assez fréquent. Elle est tantôt violente, spasmodique, presque continuelle ; tantôt quinteuse et apparaissant à intervalles plus ou moins longs. « La forme spasmodique, dit Gleitsmann, se montre en règle générale lorsque les glandes hypertrophiées empiètent sur l'épiglotte et elle est moins fréquente que la forme quinteuse.

Cette toux, rebelle à tout traitement médical, détermine souvent dans les familles des craintes très vives : on croit à la phthisie commençante. Elle est due probablement aux frottements réciproques de la base de la langue hypertrophiée et de l'épiglotte, frottements qui s'effectuent à l'occasion des moindres mouvements de ces deux organes. Pour Rice, « l'irritation des branches pharyngée et laryngée supérieure du pneumogastrique

en est la cause... Cette toux irritante, fatigante, est souvent le seul symptôme dont se plaignent les malades; ils ne demandent fréquemment conseil que pour être délivrés de cette incommodité. »

Heyman et Seifert ont signalé des accès de dyspnée ressemblant à l'asthme, Seifert dit que « lorsque des tumeurs de la base de la langue, des tumeurs folliculaires, des follicules hypertrophiés, des kystes, viennent en contact avec l'épiglotte, elles peuvent amener des spasmes réflexes, de la toux, de la dyspnée, etc., excitation directe du pneumogastrique. Ces faits sont à rapprocher des accès asthmatiques causés par l'hypertrophie des amygdales palatines, observés par Schmidt et Rendu. Enfin Joal a signalé des spasmes de l'œsophage.

SIGNES PHYSIQUES

Avec le miroir laryngoscopique porté au fond de la gorge, on pourra voir l'amygdale linguale et ses lésions.

L'hypertrophie de la couche lymphatique de la région préépiglottique de la langue peut être plus ou moins marquée.

Tantôt cette couche mamelonnée est hypertrophiée uniformément et son niveau atteint ou même dépasse celui du bord libre de l'épiglotte en refoulant cet opercule en arrière, de façon à entraver son jeu et sa mobilité.

Tantôt l'hypertrophie porte seulement sur certains groupes de follicules qui se présentent sous forme de mamelons framboisés, quelquefois du volume d'une noisette ; certains semblent pédiculisés.

Dans quelques cas, toute la région est hypertrophiée, mais divisée par des interstices anfractueux en deux, trois ou quatre lobes distincts.

Enfin chez certains sujets, la région offre un aspect mûriforme et paraît pavée de grains ronds dont la forme et les dimensions rappellent les grains de groseille,

Ces follicules hypertrophiés ont une couleur rouge, quelquefois gris jaunâtre ou blanche.

Si on palpe avec l'index la base de la langue, — ce qui n'est pas toujours facile, car cette manœuvre détermine souvent la nausée, l'effort de vomissement — on a une sensation de fermeté, d'élasticité, sans induration sous-jacente.

MARCHE ET PRONOSTIC

La marche est lente et continue. Aucune observation ne signalant l'affection chez des sujets âgés, l'on est en droit de penser que le tissu adénoïde lingual finit par s'atrophier, comme les amygdales elles-mêmes lorsque les malades arrivent à un âge avancé.

Chez quelques sujets, cette marche chronique est quelquefois entrecoupée de poussées subaiguës très douloureuses. Pendant ces périodes d'inflammation, l'amygdale linguale se recouvre de petits points blanchâtres qui rappellent exactement l'aspect de l'amygdalite folliculeuse.

Le pronostic n'est pas grave. Il n'est un peu sérieux que si la persistance des troubles vocaux crée une impotence fonctionnelle, et si les douleurs sont trop vives, car elles amènent chez les sujets atteints des modifications du caractère, des idées de tristesse, de mélancolie et de l'inquiétude sur la gravité de leur état ; beaucoup de ces malades, en effet, sont des hypochondriaques.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hypertrophie de la quatrième amygdale, linguale, si l'on s'en rapporte uniquement aux symptômes éprouvés par le malade, est à peu près impossible. Cependant le besoin incessant d'avaler à vide et la sensation de corps étranger accusés par le malade pourraient donner l'éveil au médecin. Emploie-t-on le miroir laryngoscopique le diagnostic devient facile. On voit le siège de la lésion bien limitée à la région que nous avons étudiée plus haut, l'aspect ne peut laisser subsister de doutes. Le toucher fera constater une consistance légèrement élastique, sans induration sous-jacente, et ne causera aucune douleur. Ces différents caractères paraissent suffisamment tranchés pour qu'il soit difficile de confondre l'hypertrophie de l'amygdale lingale avec quelque'une des autres affections dont la base de la langue peut être le siège.

Il en est une cependant qui mérite d'être différenciée, quoiqu'elle soit rare : c'est la syphilis secondaire. Les cas ne sont pas nombreux, Moure, Raulin, Labit, en ont cependant rapporté quelques exemples. On observe

un gonflement du tissu adénoïde de la base de la langue ; les follicules se présentent sous l'aspect de mamelons saillants, rouges, le sommet de quelques-uns est recouvert par de petites plaques muqueuses ulcérées, d'une netteté parfaite ; les saillies correspondent chacune à un groupe de follicules clos gonflé et enflammé ; les tissus voisins dans lesquels ils sont plongés à l'état normal ne sont pas en cause ; le processus pathologique est circonscrit aux follicules. Cette amygdalite préépiglottique secondaire folliculaire se différenciera de l'amygdale linguale hypertrophiée par la coïncidence constante d'accidents secondaires sur les autres parties de la bouche (piliers, amygdales, voile du palais, quelquefois amygdale pharyngée), et par les autres signes de la diathèse syphilitique.

Les ulcérations syphilitiques tertiaires sont absolument exceptionnelles dans cette région. Quant aux tumeurs malignes de la base de la langue, elles présentent une symptomatologie bien différente. Des kystes peuvent également se rencontrer à ce niveau ; mais en somme toutes ces affections sont extrêmement rares à la région préépiglottique ; aussi nous nous bornons à les signaler comme possibilité de diagnostic différentiel avec l'hypertrophie de l'amygdale linguale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement on constate une hypertrophie plus ou moins marquée de la région préépiglottique de la langue. Elle peut se présenter sous différents aspects que nous avons décrits en étudiant les symptômes objectifs de l'affection.

Microscopiquement, les recherches de Swain en 1886 ont montré que l'hypertrophie de l'amygdale linguale ne diffère que fort peu des amygdales palatines hypertrophiées. Tous les éléments de l'amygdale linguale sont augmentés de volume : tissu conjonctif péri-cavitaire, couche de tissu réticulé infiltré de cellules lymphatiques, et follicules isolés. On observe aussi quelquefois des lésions des glandes en grappe voisines ou sous-jacentes et des altérations de la muqueuse.

L'hyperplasie s'étend le plus souvent à toute l'amygdale, mais quelquefois elle peut se limiter à quelques groupes de follicules clos. Elle est fréquemment associée à un état hypertrophique des autres segments de l'anneau lymphatique du pharynx, ce qui ne peut surprendre ; mais, chose plus singulière, on la rencontre par-

fois chez des sujets qui présentent un état atrophique de ces autres segments. C'est l'exception; la plupart du temps, en effet, on constate des lésions de pharyngite granuleuse, d'hypertrophie tonsillaire, de rhinite hypertrophique ou de laryngite.

TRAITEMENT

Voici ce que dit M. Ruault, dans son mémoire :

« Le traitement est analogue à celui de l'hypertrophie des amygdales palatines : il faut réduire le volume de la tumeur. On a conseillé l'acide chromique, le nitrate d'argent, les solutions iodo-iodurées, enfin le galvano-cautère et l'ablation des masses hypertrophiées à l'aide de l'anse galvano-caustique. Pour ma part, je ne me suis jamais servi que du galvano-cautère. J'ai fait, à l'aide du couteau galvano-caustique, des scarifications dans la forme en nappe, et des cautérisations profondes à l'aide d'un cautère à boule dans les formes circonscrites.

« Je n'ai pas encore vu se produire de réaction bien vive à la suite de ces cautérisations. Le lendemain et le surlendemain, le malade souffre plus ou moins en avalant sa salive, et surtout pendant les repas ; le troisième jour, la douleur diminue dans la plupart des cas, et elle cesse complètement au bout de quatre ou cinq jours. Les gargarismes à l'eau très froide m'ont paru un bon moyen de calmer ces douleurs consécutives à la cautérisation.

« J'ai toujours exécuté l'opération avec des cautères à courbure appropriée, sous le contrôle de la vue, à l'aide du miroir laryngoscopique. Le malade tient lui-même sa langue hors de la bouche, comme lors des opérations intra-laryngiennes. Les cautérisations ne sont pas très douloureuses; néanmoins, si le malade le désire, on peut employer la cocaïne. Il faut avoir grand soin d'éviter la brûlure de l'épiglotte. »

Nous ne pensons pas que l'on puisse retirer de bons résultats de l'emploi des agents médicamenteux modificateurs dont les effets sont purement passagers, ainsi que des applications des caustiques chimiques dont l'action est difficile à circonscrire.

L'usage de l'anse galvano-caustique est la méthode de choix.

On n'a jamais observé de reformation du tissu hypertrophié; jamais de récurrence. Dans un cas, rapporté par M. Schoede, la persistance des sensations de corps étranger trouva son explication dans une nodosité cicatricielle saillante dont le contact avec l'épiglotte était une source permanente d'irritation. La destruction ultérieure de ce nodule amena un soulagement complet et définitif.

En somme, les badigeonnages à la solution iodée ont donné des résultats médiocres ou insuffisants. La destruction du tissu avec le galvano-cautère est indiqué s'il s'agit d'hyperplasies en nappe relativement peu épaisse. L'ablation du tissu avec l'anse froide ou incandescente

est préférable. Chaque fois qu'il sera possible, on emploiera le serre-nœud, l'anse froide si la tonsille est relativement molle, l'anse galvano-caustique si elle est de consistance assez ferme.

Il sera indiqué d'intervenir et de procéder à l'ablation quand l'hypertrophie déterminera chez le malade des sensations gênantes et pénibles.

Terminons cette question du traitement, en disant que pour supprimer les quelques inconvénients qui résultent de l'emploi de l'anse froide ou chaude (longueur de l'opération, difficulté, réaction parfois vive), des auteurs ont proposé récemment l'usage d'une guillotine analogue à l'amygdalotome (Porcher, Chappell). Heymann recommande de fixer les parties hypertrophiées avec une pince de museux et de faire la section avec des ciseaux; mais cette technique exige un aide. Tout dernièrement, Winckler (*Archiv. für Laryng. und Rhinol.*, 1895) a proposé le curettage de l'amygdale linguale avec une petite curette, semblable à celle de Gottstein. Mais, nous le répétons, il est préférable d'employer soit des cautérisations galvaniques, soit l'ablation au serre-nœud.

CONCLUSIONS

L'hypertrophie de l'amygdale linguale est une affection assez commune, encore méconnue il y a quelques années et confondue avec les pharyngites.

Elle s'observe principalement chez l'adulte et est liée fréquemment à des affections nasales.

Caractérisée par une sensation de corps étranger, quelquefois d'étranglement, au niveau de la gorge, des troubles de la parole et du chant, des douleurs localisées et irradiées dans diverses régions du cou, une toux spasmodique ou quinteuse, et quelquefois par des accès de dyspnée, cette affection a une marche essentiellement lente et continue, parfois entrecoupée de poussées subaiguës, mais offrant peu de gravité.

Le diagnostic se basera surtout sur l'examen laryngoscopique.

Pour détruire et enlever les tissus hypertrophiés, il faut recourir à un traitement purement chirurgical ; on emploiera l'anse froide ou incandescente.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — *Personnelle.*

D... Albert, âgé de 21 ans, se présente à la consultation laryngologique de Lariboisière le 19 décembre 1895. Il se plaint depuis plusieurs mois de douleur à la gorge, de sécheresse et de picotements. Il souffre davantage depuis quelques jours. Pendant plusieurs mois, il accusait une sensation de boule qui lui « comprimait » la gorge, qui l'étouffait quelquefois. (Aucun trouble nerveux, aucun stigmate d'hystérie, pas de troubles de sensibilité, etc.) Le malade montre très bien avec son doigt le point de la gorge où il souffre.

Troubles de la parole, la voix se fatigue vite, est cassée par moments.

Le malade éprouve le besoin d'avaler sa salive constamment, il ressent un besoin continuel d'avaler à vide.

La douleur de la gorge, qui est très vive par instants, s'accompagne d'irradiations douloureuses vers les oreilles.

Le malade vient consulter parce que tous ces symptômes ont augmenté d'intensité depuis une huitaine de jours.

L'examen de la bouche ne révèle rien d'anormal. Les

piliers du voile du palais sont un peu rouges. Les amygdales sont un peu grosses et rouges. La paroi pharyngienne est normale. Le miroir laryngoscopique montre la partie postérieure de la base de la langue, énorme et volumineuse, mamelonnée et sillonnée de varicosités. Toutes ces parties sont hypertrophiées uniformément; il s'agit là d'une hypertrophie de l'amygdale linguale. Le toucher ne peut donner aucune sensation nette, il provoque des efforts de vomissement, qui empêchent la rhinoscopie postérieure.

Mais la rhinoscopie antérieure montre les cornets inférieurs rouges, hypertrophiés.

Pommade au dermatol pour le nez et gargarisme.

Le 23 décembre. — Amélioration de la poussée aiguë. Les amygdales sont beaucoup moins rouges, mais la région préépiglottique est toujours aussi volumineuse.

Cautérisation avec le galvano-cautère après cocaïnisation.

Le 2 janvier 1896. — Grande amélioration. Deuxième cautérisation, qui est renouvelée le 6 janvier.

Nous revoyons le malade le 20, sa rhinite hypertrophique est améliorée. Il ne souffre plus en avalant, n'a plus de douleurs au niveau de la gorge et sa voix est meilleure.

OBSERVATION II. — *Personnelle.*

M^{me} A..., 25 ans, vient consulter dans le service de laryngologie de l'hôpital Lariboisière, le 20 janvier 1896, pour une douleur à la gorge et une toux opiniâtre

qu'elle a depuis trois mois. Elle a été traitée pour une pharyngite et a pris, dit elle, nombre de gargarismes.

Sa santé générale s'est maintenue bonne pendant ces derniers mois, elle n'est pas nerveuse, elle n'éprouve que des troubles locaux : une douleur à la gorge presque continuelle, plus violente à certains moments, s'irradiant vers les oreilles et une toux qui la fatigue beaucoup, qui la prend par quintes très violentes.

Sensation de corps étranger au niveau de la gorge, de boule. Les mouvements de déglutition sont peu douloureux ; besoin fréquent d'avaler à vide.

La voix est troublée par instants. Le chant est impossible.

Coryzas fréquents, enchifrènement.

A l'examen au miroir laryngien, on constate une hypertrophie considérable de la quatrième amygdale, nombreux follicules bosselés, séparés par des sillons profonds, assez rouges, Amygdales absolument normales, ainsi que le pharynx. L'examen rhinoscopique postérieur ne révèle rien dans le cavum ; la queue des cornets inférieurs est un peu volumineuse. La rhinoscopie antérieure montre des cornets inférieurs, rouges, tendus, élastiques et dépressibles avec le stylet.

Pommade à l'aristol et badigeonnage de la langue avec une solution de menthol.

Le 23 janvier. — État stationnaire, nouveau badigeonnage au menthol.

Le 25. — L'amygdale linguale n'a pas changé d'aspect. Cautérisation avec le galvano-cautère.

Le 3 février. — La malade a souffert beaucoup les deux jours qui ont suivi sa cautérisation. Celle-ci est renouvelée. Gargarisme phéniqué.

Le 8 février. — Légère amélioration.

Le 10 février. — Troisième cautérisation.

La malade est revue le 13, bien soulagée, guérie, dit-elle. L'hypertrophie a, en effet, notablement diminué. Une quatrième et dernière cautérisation est faite le 20.

OBSERVATION III. — *Résumée.*

(M. VILLECOURT, interne à l'asile de Nanterre. *Gazette des Hôpitaux*, 9 janvier 1894).

La nommée Ernestine C..., 30 ans, hystérique depuis l'âge de 16 ans, en traitement à la salle 28, depuis le mois d'avril 1893.

Le 8 septembre, je fus appelé le soir auprès de cette femme, qui, au dire de la surveillante, avait été prise presque subitement de dyspnée avec suffocation. Ne pouvant l'interroger et ne trouvant rien à l'auscultation, je lui prescrivis des injections hypodermiques d'éther et des sinapismes. Le lendemain matin, je la trouvais à peu près dans le même état, la face était violacée, le pouls petit et irrégulier, tirage sous-sternal, dyspnée inspiratoire intense. La malade accusait une douleur assez vive au niveau de la grande corne droite de l'os hyoïde, douleur irradiant du côté de l'oreille du même côté en occasionnant des bourdonnements ; de plus, elle raconta que son bras droit lui paraissait plus lourd qu'à l'habitude. En effet, les mouvements de ce membre étaient atténués, la sensibilité cutanée retardée, les contractions électriques diminuées. Rien du côté de la vision. La parole était enrouée et saccadée ; elle éprou-

vait la sensation d'un corps étranger dans la gorge; il lui semblait sentir des corps ronds comme des billes; une salive visqueuse s'écoulait presque constamment et provoquait de nombreux mouvements de déglutition qui, eux-mêmes, étaient très pénibles. Aucune lésion organique.

L'idée nous vint qu'une lésion laryngienne pouvait bien être la cause de ce trouble. Le toucher de la cavité rétro-pharyngienne nous fit de suite sentir, au niveau de la base de l'épiglotte, plusieurs petits corps mous, humides, glissant sous le doigt et ayant la grosseur d'un pois.

L'examen laryngoscopique, pratiqué de suite, nous montre, à la partie postérieure du dos de la langue, une muqueuse rouge et granuleuse; à droite et à gauche, on voit distinctement une petite grosseur du volume d'un haricot, à l'aspect tuméfié et framboisé, plus grosse à droite qu'à gauche. Autour de ces deux tumeurs, on aperçoit des granulations nombreuses de grosseur variable, depuis celle du grain de chènevis jusqu'à celle du grain de millet et s'étendant jusqu'au niveau de la partie inférieure de l'épiglotte. Cet examen terminé, on posa d'emblée le diagnostic « hypertrophie de la quatrième amygdale. »

Une bonne cautérisation au perchlorure de fer fut pratiquée séance tenante, et l'on prescrivit un gargarisme émollient et le régime lacté exclusif. Diminution d'intensité des symptômes précédents; le lendemain, même traitement.

Le troisième jour de cette médication, le mieux était très sensible, la voix était revenue, les mouvements de déglutition plus facile, la sialorrhée et la dyspnée avaient disparu, seules les douleurs avaient persisté, mais avaient notablement diminué.

Le huitième jour de ce traitement, tous les phénomènes avaient disparu, les lésions hypertrophiques constatées n'étaient plus visibles au laryngoscope, la motilité et la sensibilité brachiales étaient revenues.

Comme le fait remarquer l'auteur, l'intérêt de cette observation réside surtout dans la parésie concomitante frappant le membre supérieur droit. Il est difficile de pouvoir expliquer l'action même réflexe que pourrait jouer une hypertrophie amygdalienne quelconque sur la sensibilité et la motilité d'un membre. Malgré tout, on doit écarter l'hystérie de cet exposé, puisque la destruction de la lésion a fait disparaître de suite les symptômes nerveux. Seul, Seifert a rapporté une observation analogue d'un jeune homme atteint d'hypertrophie de la quatrième amygdale qui avait de la céphalalgie et des fourmillements dans les mains.

OBSERVATION IV

(BALME. — Thèse de doctorat. Paris, 1888.)

G..., Georges, 39 ans, musicien contrebassiste. Il souffre depuis plusieurs années de picotements, de sécheresse de la gorge; il localise surtout des sensations « dans le fond de la gorge ».

Soigné, il y a deux ans, par M. Fauvel, par des pointes de feu, pour une « pharyngite herpétique. »

Soulagement passager.

Il y a environ sept mois, les symptômes précédents sont revenus et sont accentués.

Picotements, mais non chatouillements, qui provoquent la *toux quinteuse*, surtout la nuit.

Sensation de corps étranger, de deux boules, dans la gorge.

Besoin d'avaler la salive continuellement.

Pas de gêne de la déglutition qui semble, au contraire, apporter un soulagement.

Fatigue de la parole prolongée.

Catarrhe naso-pharyngien.

A l'examen au miroir laryngoscopique, on découvre une hypertrophie très marquée de l'amygdale linguale. Excitation exagérée du glosso-pharyngien.

18 avril 1888. — Première cautérisation au galvanocautère des follicules hypertrophiés. Le malade souffre beaucoup, pendant les deux ou trois jours suivants, pour avaler; il n'a pas de fièvre.

Le 25. — Pas de changement notable; deuxième cautérisation. En mai et juin, quatre cautérisations achèvent de détruire les glandes hypertrophiées. Amélioration extrême.

OBSERVATION V

(BALME. — Thèse de doctorat. Paris, 1888.)

G..., Anna, 33 ans. Pharyngite chronique; granulations.

Sécheresse, douleur, de temps en temps périodes aiguës.

Catarrhe naso-pharyngien.

Rien au larynx.

12 décembre 1887. — Galvano-cautérisation sur les granulations. On détruit par le même moyen une bande de tissu adénoïde en arrière du pilier postérieur gauche.

Le 21. — On constate du chatouillement de la gorge, chatouillement que la malade dit durer depuis longtemps. Il y a cependant amélioration de la pharyngite granuleuse.

2 janvier 1888. — Deuxième cautérisation des granulations du pharynx au galvano-cautère; on continue à rapporter les diverses sensations de gêne et de chatouillement à l'existence des granulations.

Le 18 janvier. — Cautérisation.

Au mois de mai, enfin, la malade se plaint d'avoir la sensation bien localisée d'un cheveu dans la gorge. Elle nous montre l'endroit précis avec le doigt.

Nous constatons l'hypertrophie de l'amygdale linguale que deux séances de cautérisation au galvano-cautère suffisent à réduire. Les sensations de gêne, de chatouillement, de cheveu, ont disparu.

OBSERVATION VI

(RUAULT. — *Archives de Laryngologie*, 1888.)

M. Georges G..., architecte, âgé de 37 ans, vint me consulter pendant l'été de 1886, pour une douleur de gorge datant de quelques jours. Elle a débuté assez brusquement trois jours auparavant; elle est continue,

mais se montre plus vive à chaque effort de déglutition; qui est accompagné d'irradiations douloureuses vers les oreilles. Le malade localise très nettement la douleur à la partie postérieure de la langue : en tirant celle-ci hors de la bouche, il peut toucher, avec le doigt enfoncé profondément dans la cavité, la région qui lui fait mal. M. G..., que j'avais soigné quelques mois plus tôt pour une ancienne hypertrophie des amygdales et une pharyngite granuleuse, et qui, dès lors, n'avait plus rien éprouvé, tandis que, depuis des années, il avait continuellement mal à la gorge, était très découragé de se sentir repris de cette incommodité, d'autant plus qu'il souffrait encore d'accidents dyspeptiques tenaces, qu'il ne pouvait conjurer qu'à l'aide d'un régime très rigoureux. (Voir son observation dans la thèse de Le Gendre, Paris, p. 144. Obs. IV.) L'examen direct, à l'aide du miroir laryngoscopique, me fit constater que la partie postérieure du dos de la langue, en arrière des papilles caliciformes, était tuméfiée, rouge, et recouverte par places de petites masses d'un exsudat blanchâtre. Je n'hésitai pas à attribuer les symptômes à l'inflammation de cette région; je conseillai un gargarisme au borate de soude et priai le malade de me revenir voir quelques jours après. Je ne revis le malade que trois semaines plus tard. Il m'apprit que tous les phénomènes douloureux avaient disparu rapidement en deux ou trois jours, sans qu'il ait usé du traitement que j'avais conseillé. L'examen ne me fit rien constater d'anormal à la région de la langue qui avait été malade; les follicules linguaux n'étaient pas sensiblement hypertrophiés.

OBSERVATION VII

(RUAULT. — *Archives de Laryngologie*, 1888.)

M. F..., âgé de 29 ans, né au Brésil et y habitant d'ordinaire, a été d'une assez bonne santé jusqu'à l'âge de 24 ou 25 ans. Aujourd'hui, il a toujours l'aspect d'un homme bien portant. Il n'a pas maigri, a le teint coloré des gens à tempérament dit sanguin, mange bien et avec appétit. Depuis quelques années, il s'est mis à tousser, et l'auscultation ayant montré une diminution du murmure vésiculaire à un sommet du poumon, on l'a traité pour un début de tuberculose pulmonaire. Il est fort inquiet de son état, se croit poitrinaire, et souffre, en outre, d'une sensation de corps étranger lui comprimant le fond de la gorge et provoquant de fréquents accès de toux. M. F... a consulté un médecin de Paris, qui a constaté une pharyngite granuleuse, a conseillé de la faire traiter par un spécialiste, et me l'a adressé au mois d'août 1887.

A mon premier examen, je constatai, en effet, l'existence d'une pharyngite granuleuse hypertrophique très accusée, surtout sur les régions latérales du pharynx. Celui-ci était, d'ailleurs, très rouge, et recouvert par places de mucosités mousseuses. Mais ces signes de catarrhe étaient limités au pharynx buccal, l'examen du nez et du pharynx nasal ne m'y fit rien constater d'anormal. L'état catarrhal céda très rapidement à des badigeonnages avec une solution iodo-iodurée. Je com-

mençai ensuite le traitement de la pharyngite granuleuse par le galvano-cautère, et en quelques séances, je détruisis le tissu adénoïde hypertrophié. Ces séances avaient pu être assez rapprochées, car les escharres s'éliminaient rapidement; et, en quelques semaines, la gorge était guérie. Mais ni la sensation du corps étranger, ni la toux n'avaient été le moins du monde modifiées; il n'y avait aucune amélioration de ces symptômes et le malade était très découragé.

J'examinai alors très attentivement les parties profondes du pharynx avec le miroir laryngoscopique, et je constatai que l'amygdale linguale, très hypertrophiée, se présentait sous l'aspect d'une épaisse couche mamelonnée, rouge, refoulant l'épiglotte en arrière et dépassant son bord libre. A trois reprises différentes, je fis des scarifications nombreuses et profondes de la région à l'aide du couteau galvanique, après cocainisation. Gargarismes à l'eau glacée pendant les trois ou quatre jours consécutifs à chaque opération. Réaction assez modérée. Le malade était pressé de partir, et je ne pus même attendre, après chacune des deux premières séances, que les escharres fussent tombées pour faire la cautérisation suivante. L'amélioration fut extrêmement rapide; dix jours après la dernière cautérisation, l'amygdale linguale avait très notablement diminué de volume; et, en même temps, la sensation de corps étranger avait entièrement disparu. La toux était devenue assez rare pour que le malade, entièrement rassuré sur son état, ait pu quitter Paris en se considérant comme complètement guéri.

OBSERVATION VIII

(RUAULT. — *Archives de Laryngologie*, 1888.)

M^{lle} F..., de Paris, âgée de 19 ans, s'est présentée à mon cabinet au mois de janvier dernier. Ses parents m'apprennent qu'étant tout enfant, à la suite d'une rougeole, elle a été atteinte de coryza odorant qui a, d'ailleurs, cédé très rapidement à des irrigations nasales avec des décoctions de feuilles de noyer. En 1884, à l'âge de 15 ans, elle a eu la fièvre typhoïde. A la suite de cette maladie elle a suivi un traitement tonique et fait de la gymnastique. Elle a fait, au gymnase, une chute sur le genou, et consécutivement a été atteinte d'une hydarthrose qui a récidivé après un séjour à Salies-de-Béarn, et l'a forcée à rester étendue pendant près de huit mois. Après sa guérison, elle a pris pendant quelque temps des douches et elle attribue à l'hydrothérapie l'affection dont elle souffre actuellement. En effet, à cette époque, elle a commencé à se sentir le nez bouché, et sa voix s'est altérée. Elle a été obligée de cesser ses leçons de chant; sa voix devenait de plus en plus faible; et, quand elle chantait, elle ressentait à la gorge une sensation de « grattement » qui la faisait tousser. Elle ne pouvait non seulement chanter, mais même parler sans fatigue. En même temps, elle dormait la bouche ouverte, et se réveillait le matin avec une sécheresse extrêmement pénible de la gorge et de la langue. Dans la journée et surtout le matin,

elle éprouvait en arrière du nez une gêne permanente. En même temps, elle ressentait de continuels besoins d'avaler à vide. Ce besoin d'avaler cessait pendant les repas pour reparaitre bientôt. De temps en temps, survenaient de véritables douleurs de gorge durant quelques jours. La jeune fille était, en outre, sujette à des céphalalgies sus-orbitaires. Elle dormait mal, et presque chaque nuit, son sommeil était troublé par des cauchemars intenses : elle se réveillait au milieu de la nuit avec de telles angoisses que sa mère avait pris le parti de la faire coucher dans sa chambre. Ces derniers symptômes, qui dépendaient en réalité de l'affection nasale, furent attribués à l'anémie et combattus, naturellement sans succès, par le fer et le quinquina. La rhinite fut traitée par quelques applications du galvanocautère et des lavages à l'eau salée; en même temps, on badigeonnait le pharynx à la teinture d'iode et avec des solutions de nitrate d'argent. Ce traitement, qui dura dix mois et fut suivi d'une saison à Cauterets, n'amena aucune amélioration. A aucun moment la jeune fille ne s'en est trouvée mieux; et quand elle vint me consulter, elle était plus gênée que jamais.

L'examen me fit constater une rhinite hypertrophique amenant une insuffisance marquée de la perméabilité nasale, un catarrhe naso-pharyngien et une sécheresse extrême, avec état parcheminé de la partie postérieure du pharynx buccal. Le larynx présentait les signes d'un catarrhe léger, avec insuffisance musculaire. En même temps, l'amygdale linguale était très hypertrophiée, et divisée en trois lobes, un médian placé juste en face de l'épiglotte sur laquelle il s'appliquait et deux latéraux. Le lobe médian offrait les dimensions d'une petite noisette; les lobes latéraux étaient un peu plus volumineux. Ces masses hypertro-

phiées, qui présentaient la même couleur que le reste de la langue, donnaient au toucher une sensation de fermeté manifeste.

Le traitement galvano-caustique de la rhinite hypertrophique permit de rétablir rapidement la perméabilité des fosses nasales. En même temps, des grattages et des badigeonnages du pharynx nasal et buccal avec de la glycérine créosotée produisirent une amélioration rapide de ce côté. La malade cessa de faire, comme auparavant, de fréquentes expirations nasales brusques, la gêne rétro nasale et la sécheresse de la gorge disparurent, la bouche se maintint bientôt fermée pendant le sommeil. Les cauchemars dont souffrait la jeune fille diminuèrent graduellement. Mais les troubles de la voix restaient stationnaires, les besoins continuels de déglutition à vide étaient toujours aussi impérieux. Diverses pulvérisations prescrites successivement contre la laryngite amenaient de la toux, et n'avaient pu être supportées.

Je commençai alors (5 avril) le traitement de l'hypertrophie de l'amygdale linguale. Je cautérisai profondément, avec un galvano-cautère à boule, le lobe médian de la tumeur, et ensuite les lobes latéraux. La diminution de volume a été très rapide, et aujourd'hui il ne reste plus trace du lobe médian et les lobes latéraux ont considérablement diminué. Quelques jours après la première cautérisation, les besoins de déglutition à vide avaient déjà diminué, et après la seconde ils avaient disparu. Le larynx a une apparence tout à fait normale. La voix est maintenant bonne, et la jeune fille ne ressent plus de gêne ni de fatigue en parlant.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

RUAULT. — *Archives de laryngologie*, 1887, 1888, 1889, etc.

BALME. — Thèse de doctorat. Paris, 1888.

BRETON. — Thèse de doctorat. Paris, 1883.

CHAUVEAU et ARLOING. — Anatomie comparée, 1871.

DESCOINGS. — Thèse de doctorat. Paris, 1889.

FREY. — Traité d'histologie.

GAMPERT. — Thèse de doctorat. Paris, 1889.

GAILLARD. — Thèse de doctorat. Paris, 1889.

VILLECOURT. — *Gazette des Hôpitaux*, 4 janvier 1894.

GACHE. — Thèse de doctorat. Paris, 1887.

GENET. — Thèse de doctorat. Paris, 1881.

GLEITSMANN. — Hypertrophie de l'amygdale de la langue (*Medical Record*, 17 décembre 1887).

LEGENDRE. — Thèse de doctorat. Paris, 1886.

MALLEY. — Thèse de doctorat. Paris, 1892.

MAC BRIDE. — Tissu adénoïde de la base de la langue et symptômes du côté de la gorge (*Edinburg med. journ.*, septembre 1887).

MOURE. — *Revue de laryngologie, rhinologie, otologie*, 1891.

PIVAUDRAN. — Thèse de doctorat. Paris, 1883.

ROMANE. — Thèse de doctorat. Paris, 1891.

ROUSSEAU. — Thèse de doctorat. Paris, 1887.

RUULT. — Contribution à la pathologie de la quatrième amygdale (amygdale de la langue) (*France médicale*, 1888, n^{os} 65, 66 et 67; et *Archives de laryngologie*).

SALLARD. — Amygdalites aiguës. Paris, 1892.

SCHÆDE. — Die hypertrophie der Zungentonsille und ihre Behandlung (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 30 mars 1891).

SEIFERT. — Sur l'hypertrophie des glandes folliculeuses de la langue (*Berliner Klinische Wochenschrift*, n^o 19, 9 mai 1887).

STOHR. — Sur les amygdales et les glandes vésiculeuses de la base de la langue (*Arch. für Anat. und Phys.*, vol. XCVIII, p. 211).

SWAIN. — Les glandes folliculeuses de la base de la langue et leur hypertrophie (*Deutsches Archiv. für Klin med.*, vol. XXXIX, 1886).

SAPPEY. — Traite d'anatomie descriptive.

RUULT. — Traité de médecine. Articl. Amygdales.

VU :

Le Président,

STRAUS.

VU :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

